**Тест на выявление расстройств, связанных с употреблением алкоголя** (Вопросник AUDIT)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Обведите число, которое наиболее точно соответствует ответу пациента (в скобках указано количество баллов каждой категории ответа, которые надо суммировать после заполнения вопросника:* | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Как часто Вы употребляете напитки, содержащие алкоголь? | | | | | | | | | | | | | |
| (0) Никогда | | | (1) 1 раз в месяц или реже | | | | (2) 2-4  раза в месяц | | | (3) 2-3 раза в неделю | | | (4) 4 или более раз в неделю |
| |  | | --- | | 2.Сколько напитка, содержащего алкоголь, Вы употребляете обычно в день, когда пьете? (обозначьте количество стандартных доз) | | | | | | | | | | | | | | |
| (0) 1 или 2 | | | | (1) 3 или 4 | | (2) 5 или 6 | | | (3) От 7 до 8 | | | | (4) 10 или более |
| 3. Как часто Вы выпиваете 6 или более доз за один раз? | | | | | | | | | | | | | |
| (0) Никогда | (1) Менее 1 раза в месяц | | | | (2) 1 раз в месяц | | | (3) 1 раз в неделю | | | | (4) Каждый день или почти каждый день | |
| 4. Как часто за последний год Вы замечали, что, начав пить алкогольные напитки, не можете остановиться? | | | | | | | | | | | | | |
| (0) Никогда | (1) Менее 1 раз в месяц | | | | (2) 1 раз в месяц | | | (3) 1 раз в неделю | | | | (4) Каждый день или почти каждый день | |
| 5. Как часто за последний год из-за чрезмерного употребления алкоголя Вы не смогли сделать то, что делаете обычно? | | | | | | | | | | | | | |
| (0) Никогда | (1)Менее 1 раз в месяц | | | | (2) 1 раз в месяц | | | (3) 1 раз в неделю | | | | (4) Каждый день или почти каждый день | |
| 6. Как часто за последний год Вам необходимо было опохмелиться утром, чтобы прийти в себя после того, как Вы много выпили накануне? | | | | | | | | | | | | | |
| (0) Никогда | (1)Менее 1 раз в месяц | | | | (2) 1 раз в месяц | | | (3) 1 раз в неделю | | | | (4) Каждый день или почти каждый день | |
| 7. Как часто за последний год Вы испытывали чувство вины или угрызения совести после выпивки? | | | | | | | | | | | | | |
| (0) Никогда | (1) Менее 1 раз в месяц | | | | (2) 1 раз в месяц | | | (3) 1 раз в неделю | | | | (4) Каждый день или почти каждый день | |
| 8. Как часто за последний год Вы не могли вспомнить, что было накануне вечером, потому что вы были пьяны? | | | | | | | | | | | | | |
| (0) Никогда | (1)Менее 1 раз в месяц | | | | (2) 1 раз в месяц | | | (3) 1 раз в неделю | | | | (4) Каждый день или почти каждый день | |
| 9. Получали ли Вы или кто-то другой травму по причине чрезмерного употребления вами алкогольных напитков? | | | | | | | | | | | | | |
| (0)  Нет | | (2) Да, но не в прошлом году | | | | | | | | | (4) Да, в прошлом году | | |
| 10. Кто-нибудь из родственников, друг, врач или другой медицинский работник выражали озабоченность по поводу употребления Вами алкоголя или предлагали Вам уменьшить количество употребляемого алкоголя? | | | | | | | | | | | | | |
| (0)  Нет | | (2) Да, но не в прошлом году | | | | | | | | | (4) Да, в прошлом году | | |

|  |
| --- |
| \* *При определении категории ответа на вопросы 2 и 3 предполагалось, что одна «доза» содержит 10 г чистого алкоголя(30-35г водки).*  Здесь запишите сумму баллов всех ответов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |